IX kadencja



KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

Komisja Zdrowia

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **Podkomisji stałej do spraw zdrowia publicznego (nr 24)**

z dnia 13 lipca 2023 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia

– podkomisji stałej do spraw zdrowia publicznego (nr 24)

13 lipca 2023 r.

Podkomisja stała do spraw zdrowia publicznego, obradująca pod przewodnictwem posła **Marka Hoka (KO)**, przewodniczącego podkomisji, zrealizowała następujący porządek dzienny:

– rozpatrzenie informacji na temat transplantologii w Polsce – problemy i perspektywy rozwoju.

W posiedzeniu udział wzięli: **Natalia Krawul** główny specjalista w Departamencie Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia, dr hab. **Artur Kamiński** dyrektor Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego ds. Transplantacji „Poltransplant", **Edyta Karpeta** przedstawiciel Polskiego Stowarzyszenia Koordynatorów Transplantacyjnych, **Iwona Olszewska-Król** przedstawiciel „Fundacji Transplantacji LIVERstrong", **Andrzej Tytuła** wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, **Wojciech Wiśniewski** ekspert Federacji Przedsiębiorców Polskich oraz **Adam Ostrowski** przedstawiciel Związku Miast Polskich.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Krzysztof Olszewski** oraz **Małgorzata Siedlecka-Nowak** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Szanowni państwo, pozwolę sobie otworzyć posiedzenie podkomisji stałej do spraw zdrowia publicznego. Chciałbym przywitać wszystkich członków podkomisji, państwa parlamentarzystów i zaproszonych gości.

Stwierdzam kworum, w związku z tym możemy prowadzić obrady naszej podkomisji.

Porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje rozpatrzenie informacji na temat transplantologii w Polsce – problemy i perspektywy rozwoju. To będzie prezentowane przez przedstawiciela Ministerstwa Zdrowia. Pytam państwa parlamentarzystów, czy są uwagi do proponowanego porządku dziennego? Jeżeli nie, to uważam, że porządek dzienny został przyjęty.

Informuję, że wszystkie materiały zostały wysłane do państwa posłów na pocztę mailową, są dostępne również w wersji papierowej. Chciałbym powiedzieć, że otrzymałem upoważnienie dla pana prof. Artura Kamińskiego, dyrektora Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego ds. Transplantacji „Poltransplant", do reprezentowania ministra zdrowia, więc będzie wystąpienie pana profesora. Możemy rozpocząć debatowanie.

Transplantologia – jako jeden z wielkich działów medycyny zajmującej się przeszczepami komórek czy tkanek, całych narządów – jest bardzo ważną dziedziną w całym naszym pionie ochrony zdrowia. Sytuacja w ciągu ostatnich paru lat nie była najlepsza, ale to wynika z wielu przyczyn, o których – mam takie przekonanie – będzie mówił pan profesor.

Chciałbym przedstawić tylko parę faktów na ten temat. W przeliczeniu na jednego mieszkańca liczba przeszczepów – jeżeli chodzi o przeszczepy nerek od żywych dawców – na jeden milion mieszkańców w Polsce wynosi 0,8 i jest niestety jednym z najniższych wskaźników w Europie. Trzy razy częściej nerki są przeszczepiane od żywych dawców w Czechach, siedem razy częściej w Niemczech, we Francji, w Hiszpanii. Czas oczekiwa-

nia na przeszczep narządu w Polsce niestety się wydłużał w okresie 2016–2021. W 2016 r. najdłuższy czas oczekiwania wynosił nawet do 4 lat, w 2020 r. dochodziło do takich sytuacji, że pacjenci czekali nawet do 12 lat. Wskaźnik donacji, czyli liczby dawców na 1 mln mieszkańców w Polsce, wynosił jeszcze w 2016 r. – 14,1, w 2018 r. już 13, a w 2020 r. spadł do poziomu 10,2. To była chyba jedna z najniższych wartości w porównaniu z latami początku transplantologii w Polsce.

Temat jest bardzo istotny i ważny, dlatego też w tej chwili bardzo prosiłbym pana profesora o przedstawienie stanowiska i sprawozdania, które zostało przygotowane przez państwa na dzisiejsze posiedzenie. Panie profesorze, bardzo proszę.

Dyrektor Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego do Spraw Transplantacji „Poltransplant" dr hab. Artur Kamiński:

Bardzo dziękuję za zaproszenie.

Panie przewodniczący, panie posłanki, panowie posłowie, szanowni państwo, postaram się trochę nawiązać do tego, o czym była mowa na ostatnim posiedzeniu, w którym miałem przyjemność uczestniczyć.

Omawiany czas to był czas COVID-u i, może szczęśliwie, niezałamania, bo postanowiliśmy nie zatrzymywać – tak jak część krajów przede wszystkim w Europie, ale nie tylko – programów transplantacyjnych. Staraliśmy się utrzymać je w takim zakresie, w jakim było to możliwe. Równocześnie zaczęliśmy myśleć o tym, co będzie później, czyli jakie mamy plany i jakimi narzędziami można by spróbować podnieść transplantologię. To, o czym mówił pan przewodniczący, COVID-19 był takim okresem naprawdę przełomowym i trudnym, natomiast pewne objawy stagnacji rozpoczęły się trochę wcześniej.

Proszę państwa, w okresie pandemii zmniejszyła się liczba – jak widać na przezroczu –donacji i przeszczepień narządów o ponad 40% w 2021 r., o 20% zmniejszyła się liczba narządów pobranych do przeszczepienia. Może to jest trochę zadziwiające, że zwiększyła się liczba przeszczepianych narządów klatki piersiowej, przeszczepień serc i przeszczepień płuc. Wiązało się to z tym, że część pacjentów chorych na COVID-19 wymagała pilnej transplantacji płuc w celu ratowania życia. Z takimi przypadkami nie mieliśmy wcześniej do czynienia. Liczba osób oczekujących, wymagających przeszczepienia w trybie pilnym, wzrosła, tych przeszczepień było sporo. Wiązało się to z tym, że zespoły uczyły się lepszej kwalifikacji do przeszczepu oraz technicznego wspomagania urządzenia do zewnętrznego utrzymania narządu – nazwijmy to w dużym uproszczeniu – w perfuzji, aby można go było przeszczepić, a co ważne również leczyć narząd przed przeszczepieniem.

Proszę państwa, od 2022 r. do teraz obserwujemy stałą poprawę. Trend wzrostowy jest w zakresie zarówno liczby identyfikowanych i kwalifikowanych dawców, jak i liczby przeszczepionych narządów, liczby pobrań i przeszczepień wątroby, serca i płuc. Dane, które państwo otrzymali, obejmują okres do końca 2022 r.

Patrząc na statystyki – choć w tej sytuacji trudno tak naprawdę cokolwiek przewidzieć i ekstrapolować, ponieważ to jest działalność, której efektywność jest powiązana z oddziaływaniami wielu czynników – w tym roku możemy spodziewać się ok. 700 lub nawet powyżej 700 zgłoszonych dawców, co będzie stanem znacząco przekraczającym lata 2018–2022. Czy tak będzie? Trudno powiedzieć, bo to nie jest czysta statystyka i czysta matematyka. Na razie do końca czerwca tego roku mamy zgłoszonych 380 zmarłych dawców i 47 żywych dawców, od których dokonano przeszczepień fragmentów wątroby i nerek. To jest trend wzrostowy.

Jeśli popatrzymy na liczbę zgłaszanych zmarłych dawców i pobranych narządów – tak jak państwo to widzą na kolejnym przezroczu – to zwiększa się liczba pobranych narządów od zmarłych dawców w zakresie narządów klatki piersiowej, zwiększa się liczba przeszczepień wątroby, ale to jest wszystko związane ze zgłaszalnością. Tak jak mówiłem przed chwilą, wzrasta zgłaszalność, identyfikowalność potencjalnych dawców w szpitalach. To wynika z szeregu różnego rodzaju podjętych zadań, o których za chwilę będę starał się państwu w skrócie powiedzieć.

W związku ze zwiększoną liczbą dawców zwiększa się liczba przeszczepionych narządów, natomiast równie istotne jest to, że zwiększa się odsetek, nazwijmy to, wykorzy-

stania dawców. Zwiększa się liczba pobrań wielonarządowych nie tylko pobrania nerek, czy pobrania nerek i wątroby. Zespoły przeszczepiające nauczyły się kwalifikować i akceptować większą liczbę potencjalnych dawców. Zespoły prowadzące, czy sprawujące opiekę nad potencjalnym dawcą, nauczyły się w taki sposób prowadzić tego dawcę, że można pobrać więcej narządów. To znajduje odzwierciedlenie w liczbach. Nawet przy relatywnie niewielkim wzroście dawców w ostatnich latach, czy nawet przy spadku liczby zgłaszanych dawców, liczba przeszczepianych narządów wcale tak dramatycznie nie spadła w stosunku do liczby zgłaszanych dawców. To samo jest w tym roku. W tej chwili, do końca czerwca, mamy przeszczepionych 907 narządów od zmarłych dawców, żywych dawców było 47, więc było 47 przeszczepień od żywych dawców.

To, co państwo widzicie na tym przezroczu, to jest dawstwo od żywych. Widzimy największy w historii polskiej transplantologii osiągnięty wynik liczby przeszczepień narządów czy przeszczepień nerek od żywego dawcy. Na sali widziałem przedstawiciela Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus w Warszawie, który to szpital wykonał najwięcej przeszczepień w Polsce i rekordową liczbę – również dla tego ośrodka – przeszczepień nerek od żywego dawcy. Cały czas to jest liczba niewystarczająca. Cieszymy się, że przekroczyliśmy tę magiczną barierę 5% przeszczepień od żywego dawcy. Nadal chcemy, aby to dawstwo od osób żyjących w Polsce się rozwijało, ponieważ ono w niektórych krajach stanowi 20%, czy 10–20%, a w innych kulturach nawet 30–40% przeszczepień nerek.

Proszę państwa, tak jak mówiłem we wstępie, różne działania zostały zaplanowane i wdrażane w poprzednim roku. Rozwój sieci koordynatorów to bardzo istotny element. Mamy w Polsce 380 szpitali z potencjałem dawstwa, czyli takich, w których znajduje się bądź oddział intensywnej terapii, bądź oddział intensywnej terapii neurochirurgicznej, bądź kardiologicznej. Ponad połowa z tych szpitali nigdy nie zgłaszała dawców. Nasze wysiłki z jednej strony skłaniają się ku wzmocnieniu szpitali, które zgłaszają dawców, ale z drugiej strony zależy nam na aktywizacji tych, które nigdy nie zgłaszały dawców oraz tych, które kiedyś w przeszłości ich zgłaszały, a potem przestały zgłaszać.

Jednym z mechanizmów realizacji tego zadania jest stworzenie sieci czy grupy koordynatorów wojewódzkich, którzy odpowiadają m.in. za działalność promocyjną w zakresie transplantologii na swoim obszarze. Tak działamy właściwie we wszystkich regionach poza woj. lubelskim, gdzie jeszcze nie mamy koordynatora wojewódzkiego, który ściśle współpracuje z „Poltransplantem". Proszę państwa, przez rok, a właściwie przez półtora roku działalności koordynatorów widzimy znaczący wzrost zgłaszalności, co znajduje odbicie w liczbach zgłaszanych dawców. Widzimy również mobilizację ośrodków, które do tej pory nigdy nie zgłaszały dawców.

Chciałbym zwrócić uwagę też na to, że Ministerstwo Zdrowia podjęło decyzję o tym, że będzie wspierać ośrodki, które wykazują się aktywnością donacyjną. Na przezroczu widzą państwo liczby – w 2021 r. do 21 placówek przekazano 17 mln zł, w zeszłym roku do 17 placówek przekazano 15 mln zł, a w tym roku planowane jest przekazanie 25 mln zł do 50 placówek, które wykazują się największą aktywnością donacyjną.

Jeśli chodzi o inne podjęte działania, to od 2011 r. działał Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej, w którym wydatkowano 522 mln zł. W tym roku ruszył Narodowy Program Transplantacyjny na kolejne 10 lat.

Chciałbym się odnieść tylko do jednej rzeczy, o której mówił pan przewodniczący, czyli czasu oczekiwania na przeszczepienie nerki. Czas oczekiwania na przeszczepienie nerki – 4 lata czy 12 lat – dotyczy osób wysoko immunizowanych, takich, które wyjściowo mają antygeny, czy przeciwciała przeciwko antygenom zgodności tkankowej. Trudno u nich dokonać doboru dawca–biorca ze względu na obecność przeciwciał. Czas standardowego, pierwszorazowego oczekiwania pacjenta na przeszczepienie nerki wynosi 12–15 miesięcy. To jest jeden z najkrótszych czasów na świecie, w Stanach Zjednoczonych, w Hiszpanii ten czas jest znacząco dłuższy. Problem dotyczy natomiast tych osób, które utraciły jeden przeszczep bądź tych, które, na drodze jakiś tam swoich stanów zdrowotnych, uległy zimmunizowaniu. Dla nich – w ramach tego narodowego programu – został uruchomiony program odczulania. Program jest kontynuowany w tym roku i uwzględniony w ramach nowego programu transplantacyjnego.

Nowy program, który ruszył, obejmuje szereg zadań wsparcia dla koordynatorów. Obejmuje programy dotyczące perfuzji narządów, wspiera ośrodki, które mają zamiar bądź prowadzą perfuzję narządów wydłużającą możliwość przetrzymania w zimnym niedokrwieniu, a czasem i w ciepłym niedokrwieniu, narządu między pobraniem a przeszczepieniem. Nowy program obejmuje także programy dotyczące chociażby monitorowania czy przygotowania pacjenta do przeszczepienia wysoko immunizowanego, czy dalszego monitorowania takich pacjentów po przeszczepieniu. W tym roku budżet na działania tego programu to 75 mln zł. W kolejnych latach na ten program zaplanowano ok. 100 mln zł rocznie.

Oprócz tego mamy oczywiście program z grupy projektów unijnych REACT-EU. Jest to program, który został skierowany do siedmiu ośrodków. Siedem ośrodków transplantacyjnych stworzyło projekty, które uzyskały finansowanie przy wsparciu Ministerstwa Zdrowia. Macie państwo je wymienione, nazwijmy je strategicznymi. To niekoniecznie są te najbardziej aktywne, ale takie, które mają potencjał, i które, dzięki temu wsparciu, mogłyby stać się bardziej aktywnymi ośrodkami, zarówno jeśli chodzi o zakupy dotyczące sprzętu diagnostycznego, leczniczego, jak i o podniesienie jakości procedur transplantacyjnych oraz zwiększenie liczby przeszczepień.

Proszę państwa, oprócz tego realizujemy projekt unijny z grupy projektów POWER, który ma na celu aktywizację donacyjną szpitali. Powstał podręcznik jakości donacji szpitalnej, który ma pomóc wszystkim szpitalom – właściwie kadrze zarządzającej i osobom, które są zaangażowane, czy mogą być potencjalnie zaangażowane w donację – w stworzeniu swojego własnego systemu. Jest to dokument, który jest nie do przeniesienia jeden do jednego w szpitalu, bo trzeba uwzględnić różnice w każdej jednostce, natomiast to jest program, który wspomaga tworzenie własnych systemów. Dodatkowo dzisiaj po południu rozpocznie się szkolenie dla osób, które będą prowadziły akredytację takich szpitali, które zdecydują się na wdrożenie tego programu. Wiemy, że na razie pilotażowo temu działaniu będzie podlegać w Polsce 60 szpitali. Po wakacjach zaczną się audyty w tych szpitalach i szpitale będą uzyskiwały certyfikat, czy jakkolwiek to zostanie nazwane, systemu jakości w donacji. To są te główne kierunki.

Może warto wspomnieć jeszcze o jednej rzeczy, która w ogólnych statystykach może nie odgrywa istotnej roli, ale… Jakiś czas temu rozmawialiśmy na temat współpracy międzynarodowej, ograniczeń i barier. Był taki projekt unijny FOEDUS, który miał na celu próbę zorganizowania takiej współpracy. Od zeszłego roku przekształcił się w system współpracy międzynarodowej w zakresie wymiany narządów. Do tej pory rzadko byliśmy krajem, do którego przyjeżdżały ośrodki przeszczepiające czy chirurdzy transplantolodzy z innych krajów i pobierali narządy od dawców, dla których w kraju nie mogliśmy znaleźć biorców, bo to był warunek podstawowy. W tym roku po raz pierwszy polskim zespołom udało się pobrać dwa serca i wątrobę za granicą, i przeszczepić je polskim biorcom. To nie są jakieś duże liczby, ale taka wymiana się nawiązała. Jeśli mogę na tym zakończyć, to bardzo dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo.

Otwieram dyskusję. Rozpocznę najpierw od państwa parlamentarzystów. Czy ktoś z państwa chciałby zadać pytanie? Pan poseł Jerzy Hardie-Douglas, bardzo proszę.

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Dziękuję bardzo, chyba trzeci raz, jak jestem w Sejmie – a jestem pierwszą i ostatnią kadencję – rozmawiamy na temat transplantologii.

Cieszę się, że, według pana profesora, coś tam drgnęło, natomiast dalej jesteśmy w ogonie Europy, jakby na to nie patrzeć, niezależnie od tego, czy ten okres oczekiwania skrócił się, czy nie. Zawsze mam takie ambiwalentne odczucia, jeżeli chodzi o rozmawianie w Sejmie na tematy medycyny i pewnych rozwiązań, ponieważ one zwykle niczego nie wnoszą i nic nie dają. My tutaj jesteśmy od stanowienia prawa. Najciekawsze byłyby propozycje, co można zrobić w zakresie rozwiązań legislacyjnych, żeby poprawić wyniki.

Hiszpanie, którzy są na całym świecie stawiani jako wzór w transplantologii, mają liczbę przeszczepień w kraju – który jest przecież, jeżeli chodzi o liczbę ludności bardzo

podobny do nas – na poziomie 47 mln. My mamy ok. 40 mln – to jest podobny rząd wielkości. Jednak tam tych przeszczepów jest – według różnych danych z różnych lat – trzy, cztery razy więcej. Przede wszystkim zwraca uwagę to, że jest zdecydowanie więcej przeszczepów rodzinnych, to, co panią doktor pewnie bardziej interesuje, także od żywych dawców.

Może mamy jakieś braki, nie wiem, w komunikatorach, w telewizji. Nigdy nie słyszałem, żeby były jakieś programy, których celem byłoby uświadomienie ludziom, że można dawać przede wszystkim narządy parzyste, ale nie tylko, na przykład część wątroby i w ten sposób umożliwić przeszczepienie rodzinne. Myślę, że rodziny ludzi, którzy czekają na przeszczep, pewnie wiedzą o tym, że istnieje taka możliwość. Niemniej potrzeba takiego nacisku medialnego, pokazywania dobrych wzorców, że to jest jednak dosyć bezpieczne i wyniki tych przeszczepów są już zdecydowanie lepsze, bo te narządy nie są przetrzymywane w hipotermii. Taki narząd jest zwykle w dobrym stanie, jest natychmiast przeszczepiany, nie ma tego okresu, gdzie musi być perfuzja. To jest na pewno świetne rozwiązanie, ale bardzo rzadko stosowane. Jakiś taki moment, że była na ten temat dyskusja – choć już nie pamiętam dokładnie – był wtedy, gdy któryś z bokserów, Saleta czy ktoś tam, oddał nerkę córce, zresztą akurat nieszczęśliwie z dużymi perturbacjami dla niego, bo zawsze zdarzają się jakieś wypadki, ale skończyło się dobrze. Wtedy zaczęto o tym mówić. To był tylko taki moment, o Salecie wszyscy zapomnieli, temat nie wraca.

Drugi temat, który wydaje mi się, że jest zaniedbaniem, i m.in. do Sejmu powinno należeć uregulowanie kwestii – mimo wszystko dla mnie to są dosyć niejasne przepisy – komu można pobrać narząd. Byłem przekonany, że jeżeli ktoś w momencie śmierci nie ma przy sobie jakiegoś zaświadczenia, czy nie wpisał się do rejestru osób, które nie wyrażają zgody na pobranie, to można mu pobrać narząd. Tymczasem są – chyba w ciągu ostatnich kilkunastu lat to wprowadzono – jednak pewne ograniczenia. Rodzina może poświadczyć, że rozmawiali z tym pacjentem przed śmiercią. Jeśli dwie osoby to poświadczą, to nie można pobrać narządu. Uważam, że to jest niesłuszne. Powinniśmy dążyć do tego, żeby był tutaj tego typu wentyl, jakaś możliwość obejścia prawa, żebyśmy to zlikwidowali. Pani kiwa głową, że pewnie to będzie odwrotny skutek, nie zgadzam się z tym. Uważam, że ludzie by się do tego przyzwyczaili. Jeżeli dużo mówiłoby się na ten temat, to każdy by się zastanowił nad tematem, czy jak umrze, to chce, żeby mu pobrano narząd czy nie. Jeżeli zdecydowanie nie chce, toby zapisał się przez internet do tego rejestru i sprawa byłaby załatwiona. To jest rozwiązanie, którego uregulowanie należy chyba do parlamentarzystów, chodzi o pewnego stopnia ułatwienie otrzymywania narządów. Jeżeli chodzi o donatorów, to naprawdę jest słabo w Polsce.

Kolejny temat, który wymagałby pewnie jakiś uregulowań prawnych, to jest niewielka liczba oddziałów, które zgłaszają możliwość pobrania u nich narządu. Podchodzimy do tego w sposób bardzo liberalny, że jak nie chcą, to trudno, będziemy ich szkolić, będziemy rozmawiać. Myślę, że naprawdę NFZ czy Ministerstwo Zdrowia mają narzędzia do tego, żeby przymusić oddziały poprzez różnego rodzaju zachęty finansowe, jakieś rankingowanie tych oddziałów, poprzez na tyle znaczne gratyfikacje finansowe, żeby przynajmniej dyrektorzy szpitali zastanowili się nad tym, czy nie opłaca im się przymusić oddziału intensywnej terapii czy jakiegoś innego oddziału intensywnego nadzoru kardiologicznego – czy tam, gdzie ci chorzy najczęściej umierają – do zgłaszania takiej możliwości. To jest naprawdę proste. Myślę, że przede wszystkim anestezjolodzy mają przygotowanie merytoryczne do tego, żeby ocenić, czy mają pacjenta, który może być dawcą narządów do recyklingu. Za mało się o tym mówi, za mało się mówi w telewizji, za mało się mówi w radio, nie pisze się o tym. Myślę, że to jest bardzo ciekawy temat, który zainteresowałby wielu ludzi. Powinien być cyklicznie powtarzany. Nie ma rozwiązań w zakresie przymuszenia oddziałów do zgłaszania chorych do przeszczepu, nie ma odpowiedniej propagandy, choć w propagandzie akurat jesteśmy świetni, tylko nie w takiej, której byśmy oczekiwali. Nie ma uświadamiania ludziom, że przeszczepy rodzinne są takie ważne.

Myślę, że mamy trochę do zrobienia, z punktu widzenia legislacji i przymuszenia rządzących, którzy mają wpływ na różnego rodzaju publikatory, żeby tym tematem się bardziej zajęli i wtedy może będziemy… Wszyscy wiemy, że mamy świetnych lekarzy,

którzy potrafią przeszczepiać, mamy świetne wyniki w przeszczepach serca i płuc, tylko że za mało jest przeszczepów. To jest problem.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo.

Rzeczywiście pytania pana posła, lekarza chirurga są bardzo istotne. Myślę, że o nich powinniśmy rozmawiać. Jednak cały czas nasuwa się refleksja, że edukacja, o której mówimy, jest niezbędna w każdym zakresie dotyczącym ochrony zdrowia oraz zachowań prozdrowotnych od samego początku – chodzi o szczepienia, profilaktykę czy zachowania, o których mówił pan poseł Jerzy Hardie-Douglas. Myślę, że już dawno powinien być obowiązek wprowadzenia tego typu zajęć w szkołach, a my cały czas się o to dobijamy, prosimy, walczymy. Niestety nie ma takiej chęci ze strony edukacji, aby takim problemem się zająć, żeby to stało się obowiązkowym przedmiotem wszystkich spraw związanych z promocją zdrowia i z całą tą dziedziną.

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Panie przewodniczący, chciałem dodać jeszcze jedno zdanie, bo zapomniałem o tym powiedzieć.

Chciałbym spytać pana profesora, jak w tej chwili wygląda sprawa granicy wieku osób, od których mogą być pobierane narządy. Czytałem o tym, że w Hiszpanii, którą już wspominałem, pobiera się narządy nawet od osób 80+. Chyba u nas jest jakaś granica, a jeżeli nie ma, to świetnie.

Dyrektor centrum „Poltransplant" dr hab. Artur Kamiński:

Nie ma.

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

To już mam odpowiedź, dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo.

Jeżeli na te parę pytań pan profesor mógłby odpowiedzieć w tej chwili, to bardzo proszę.

Dyrektor centrum „Poltransplant" dr hab. Artur Kamiński:

Bardzo dziękuję.

Pytania są rzeczywiście kluczowe, zaczynając od pierwszej rzeczy dotyczącej promocji. W ramach Narodowego Programu Transplantacyjnego są przewidziane środki na promocję, więc bezpośrednio zwracam się do przedstawicielki Ministerstwa Zdrowia uczestniczącej w planowaniu wydatków w tym projekcie. Pani Natalio, chciałbym gorąco o to poprosić, żeby były przeznaczone środki na promocję żywego dawstwa.

Odpowiadając na pytanie, oczywiście ta promocja trwa. Twarzą tej promocji jest również pan Saleta. Dwa razy w roku odbywają się w Polsce marszobiegi – wiosną w Wiśle, jesienią w Warszawie – poświęcone idei transplantologii. Uczestniczą w nich sztafety, w których zawsze jest celebryta i jest jedna osoba, która jest osobą po przeszczepieniu narządu. Jak program startował, to było 10–15 sztafet. W tej chwili tych sztafet jest kilkadziesiąt i organizatorzy już muszą ograniczać chęć uczestniczenia kolejnych. Takie rzeczy się dzieją.

„Poltransplant" od strony formalnej wprowadził: obowiązkowy wpis na krajowej liście oczekujących na przeszczepienie nerki, podanie – przez ośrodek kwalifikujący do przeszczepienia nerki – informacji, czy była już rozmowa z bliskimi osoby, która jest kwalifikowana do przeszczepienia na temat żywego dawstwa. To jest coś, co zaczyna być rutynową działalnością. To znaczy oczywiście to nie może dyskwalifikować do świadczenia przeszczepienia nerki, natomiast to jest coraz częściej brane pod uwagę przez ośrodki kwalifikujące do przeszczepienia. Rozmowy z bliskimi odbywają się w obecności czy nawet w nieobecności osoby kwalifikowanej do przeszczepiania. Myślę, że efektem tego jest również wzrost tej liczby, oczywiście skromny, ale jednak. Jeżeli można mówić o jakichkolwiek statystykach w medycynie – bo oczywiście próbuje się o tym mówić – to takie ekstrapolacje pozwalają sądzić, że tych przeszczepów będzie więcej, czy będzie ich

znacząco więcej, jest więc pytanie o wydolność ośrodków kwalifikujących, o zdolność do pobierania i przeszczepiania narządów.

Zaczynamy programy przeszczepień, są już przeszczepienia krzyżowe, przeszczepienia łańcuchowe. Jeżeli dana para nie jest w stanie być dla siebie dawcą–biorcą, to poszukujemy wymian. Na to pozwala prawo. Uważam, że tu nie potrzeba żadnych legislacyjnych zmian, bo na to wszystko pozwala prawo. Chodzi tylko o kwestię pomyślenia o tym, że można coś takiego zrobić, i nauczenia się wykonywania takich procedur, bo to też trzeba umieć.

W tej chwili – w ramach programu rozwoju medycyny transplantacyjnej – było wsparcie dla ośrodków przeszczepiających od żywych dawców w zakresie sprzętu do laparoskopii służącemu minimalizacji rany chirurgicznej po pobraniu nerki. Takie działania odbywają się od strony, nazwijmy to, profesjonalnej, natomiast, być może, przydałoby się większe zaangażowanie w kampanie reklamowe w tym zakresie. Z mojego punktu widzenia mowa o transplantologii jest zawsze bardzo dobrym działaniem.

Jeśli mogę dodać łyżkę dziegciu do beczki miodu, to powiem, że w zeszłym roku, na jesieni, Polska była organizatorem Europejskiego Dnia Donacji i Transplantacji, frekwencja była niska. Więcej na ten temat nie będę mówił. Wszyscy zostali powiadomieni, również Sejm, działała strona. Na tej stronie były różnego rodzaju filmy pokazujące od kuchni, jak wygląda dawstwo, jak się pobiera narządy – oczywiście bez jakichś krwawych działań – jak wygląda transport, jakie są bariery, kto jest w to włączony itd.

W tej chwili jest taka sytuacja, że mamy wsparcie wojska, które lata samolotami, mamy wsparcie SAR-u, czyli służb ratowniczych, które latają śmigłowcami, mamy wsparcie Policji, która też lata śmigłowcami. Jesteśmy w stanie dostać się w coraz więcej miejsc. To są takie działania, o których się nie mówi, nikt ich nie widzi. Natomiast to pozwala na to, żeby w jakieś zakątki – które kiedyś były niedostępne ze względu na krótki czas niedokrwienia od pobrania do przeszczepienia, czas tych 4 godzin – polecieć, a kiedyś zrezygnowano, bo było wiadomo, trywializując, że na kołach nie da rady obrócić. W tej chwili to się udaje, dzięki tego typu działalności. Nawiązując do Hiszpanii, to robi właściciel firmy ZARA, który posiada swój prywatny odrzutowiec i udostępnia go zespołom transplantacyjnym, po to, żeby mogły się szybko dostać tam, gdzie potrzebują – bo Hiszpania jest dużym krajem – oraz, żeby przemieścić się z narządami z jednego miejsca w drugie, bo to też nie jest takie proste i oczywiste.

Jeśli chodzi o liczbę szpitali donacyjnych, to z ok. 385 szpitali, jakie mamy zdiagnozowane w Polsce, ok. 158 aktywnie uczestniczy w dawstwie, stąd te działania mające na celu wspomaganie szpitali dawców, przekazywanie środków dla oddziałów intensywnej terapii. Z tego co wiem, Ministerstwo Zdrowia nie prowadzi zakupów centralnych, że wszystkim, czy potrzeba, czy nie, kupuje respiratory, łóżka czy cokolwiek innego. Oddział czy szpital dostaje środki i przeznacza je na to, co mu jest potrzebne. Jeżeli do stwierdzania śmierci mózgu przydałby się nowy angiotomograf, to sobie kupuje. Jeśli przydałyby się jakieś inne urządzenia, to sobie je kupuje. Nie ma wskazania, co ma być kupione. Myślę, że to jest dobre rozwiązanie.

Panie przewodniczący, szanowni państwo posłowie, czy można zmusić szpitale do dawstwa? Ciężko mi jest to sobie wyobrazić. Zawsze można napisać w dokumentacji medycznej, że pacjent mógł się nie nadawać do dawstwa. To jest kwestia interpretacji, jak ktoś to zrobi. Wydaje mi się, że twarde narzędzie w stylu „musisz zgłaszać dawców" nie przyniesie takiego efektu jak miękkie działania bardziej nagradzające czy motywujące do tego. Takie jest moje zdanie, stąd różnego rodzaju działania akredytacyjne czy działania mające na celu wsparcie oddziałów, bo jak 50 szpitali dostanie w tym roku pieniądze, to pozostałe 338 zastanowi się, dlaczego nie jest w tej grupie. To jest skierowane na wsparcie oddziału, ale mentalnie to jest skierowane również w kierunku kadry zarządzającej szpitali, żeby dać im motywację. Tak mi się wydaje. Tak samo ta akredytacja. Być może z akredytacją docelowo będzie się wiązała zwiększona liczba przyznanych procedur, czy lepsza punktacja za procedury. Nie mnie o tym decydować, w jaki sposób to może być zrobione. Natomiast wydaje mi się, że taka motywacyjna działalność przyniesie lepszy skutek.

Jeżeli chodzi o zajęcia obowiązkowe w szkołach, to my nie mamy na to wpływu. Natomiast pracownicy centrum „Poltransplant”, różni inni pracownicy związani z transplantologią, w tym przede wszystkim koordynatorzy – zwracam na to uwagę – w szpitalach koordynatorzy wojewódzcy, koordynatorzy przeszczepiania w ośrodkach transplantacyjnych organizują takie spotkania. Nie będę się wypowiadał za innych. Mogę wypowiedzieć się za „Poltransplant”. Przynajmniej raz w tygodniu ktoś jest na spotkaniu – przedszkole, szkoła. Wprowadziliśmy zajęcia na uczelniach medycznych, oprócz tego uczestniczymy w kilkudziesięciu różnego rodzaju piknikach rocznie. To jest trzysta kilkadziesiąt aktywności dotyczących promocji transplantologii. Jeżeli wybieracie się państwo do Mrągowa, to tam będzie koncert, którego główną ideą jest zbieranie środków na urządzenie do perfuzji serca. Tam również będziemy. Jesteśmy również w Centrum Nauki Kopernik, jak są różnego rodzaju pikniki naukowe, tam również jest „Poltransplant”, tam również są koordynatorzy z różnych szpitali. Jak będzie najbliższy Jarocin, Open’er w Gdańsku, to tam również będą koordynatorzy. Przekaz na Facebooku itd., to wszystko się dzieje. Może telewizja, radio w tej chwili mniej, ale wychodzimy…

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy Owsiaka – to jest takie miejsce, że tam można by było…

Dyrektor centrum „Poltransplant” dr hab. Artur Kamiński:

Tak, to też będzie się działo. Wychodzimy z założenia, że w tej chwili chyba bardziej media elektroniczne i różnego rodzaju nowe komunikatory są lepszym źródłem docierania do ludzi.

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Co pan profesor sądzi o tych przepisach, które umożliwiają rodzinie zawetowanie pobrania narządów?

Dyrektor centrum „Poltransplant” dr hab. Artur Kamiński:

To jest jakiś konsensus społeczny, to rzeczywiście jest rola państwa, jako posłów, do tego, żeby się nad tym zastanowić, czy to jest dobre, czy złe.

Tak naprawdę wszystko zależy od tego, jak zostanie skonstruowane pytanie do rodziny. Jeżeli jest sytuacja, tragiczny moment, kiedy trzeba rozmawiać z bliskimi osobami zmarłego na temat dawstwa, to oczywiście można to zrobić w ten sposób, że zada się pytanie: „Czy państwo wyrażają zgodę na pobranie narządów?”. To jest źle postawione pytanie, które za sobą ciągnie później całą serię zdarzeń, prowadząc również do tego, że ktoś może napisać, że to się odbyło. Tylko, że on to powinien mieć napisane, zanim doszło do zgonu, to po pierwsze.

Po drugie, powinno się zadać pytanie: „Czy państwo coś wiedzą na temat tego, czy zmarły za życia wyrażał sprzeciw?”, ponieważ to powinno być zapisane, a nie to, że my się nie zgadzamy. To jest kwestia szkolenia koordynatorów, kwestia sposobu prowadzenia rozmowy. Takie warsztaty się odbywają. Natomiast z drugiej strony – to jest powszechnie na świecie występująca sytuacja nawet opisana w różnego rodzaju podręcznikach – jeżeli rodzina wyraża sprzeciw wprost, pomimo że to nie jest nasz system prawny, to czasami jeżeli nie uda się jej przekonać – bo czasami te rozmowy trwają długo i sytuacja jest obracana z „nie” na „tak” – to lepiej jest dla całego systemu transplantologii, rozpoznawalności tej transplantologii, odpuścić w tej jednej sytuacji.

Wiem, że można powiedzieć, że państwo nie mają nic do powiedzenia, my robimy swoje, ale proszę mi wierzyć, to się zdarza rzadko, bardzo rzadko. To nie jest duży problem, to są pojedyncze przypadki. Dla dobra całego systemu – i to wszyscy mądrzy o tym piszą, w Radzie Europy, wszędzie – musi być powszechna akceptacja transplantacji. Jeżeli będziemy przełamywać w ten sposób te działania, to obróci się przeciwko transplantologii. Na to wszyscy zwracają uwagę. Natomiast jeżeli będzie przepis mówiący tylko o centralnym rejestrze, to, czy ja wiem, czy to coś ułatwi… Być może tak.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo, panie profesorze.

Chciałem poprosić innych uczestników o zabranie głosu. Poproszę o przedstawianie się do mikrofonu, bo to jest niezbędne do protokołu. Kto z państwa chciałby zabrać głos? Bardzo proszę.

Przedstawiciel Fundacji Transplantacji LIVERstrong Iwona Olszewska-Król:

Iwona Olszewska-Król, jestem przedstawicielem pacjentów.

Jestem po przeszczepie wyprzedzającym nerki. Usłyszałam takie zdanie od pewnego lekarza, że przeszczep wyprzedzający nerki, to jest wysoka kultura nefrologiczna. Poznawałam swoją chorobę przez ponad 20 lat, dlatego że zostałam zdiagnozowana dosyć wcześnie. Przez to, że ją poznałam, przez moje własne doświadczenia, mogłam się postarać o to, aby być wpisaną na krajową listę oczekujących na przeszczep nerki, jeszcze zanim musiałam mieć dializy.

Chciałabym, w imieniu pacjentów, jeżeli to jest możliwe – bo jeżeli chodzi o wpisanie pewnych przywilejów, to weszłam sobie na stronę, jakie osoby mają jakie przywileje potwierdzone prawem – prosić, aby osoby, które kwalifikują się do transplantacji, do wpisania na krajową listę oczekujących, nie spotykały się z taką sytuacją, że muszą oczekiwać ponad 12 miesięcy na wizytę do specjalisty. Chodzi o to, żeby nie musiały oczekiwać na wizytę u kardiologa, aby zrobić echo serca, żeby nie musiały oczekiwać ponad kilka miesięcy na zrobienie dodatkowego badania, np. rezonansu, co jest wymagane przez „Poltransplant”, że lekarzowi nefrologowi zanosi się na każdą wizytą zaświadczenie, żeby być wpisanym na tą krajową listę oczekujących. Mnie to zajęło pół roku, może też ze względu na to, że wtedy była pandemia COVID-19.

Chciałabym właśnie, żeby na tę listę osób uprzywilejowanych – które mogą bez kolejki, czasami bez skierowania, na podstawie zwykłego zaświadczenia od lekarza nefrologa skorzystać z tych przywilejów – byli wpisani ci pacjenci, żeby nie musieli czekać. Są sytuacje, kiedy pacjent trafia w ostatnim momencie i musi być dializowany, ale jest naprawdę bardzo dużo osób młodych – czynnych zawodowo, pracujących, zmagających się z przewlekłą chorobą nerek – wiedzących o tym, że czekają ich dializy. Lekarze zazwyczaj informują, że trzeba się szykować na dializy. Postawiłam swojemu lekarzowi ultimatum, że mam żywego dawcę, bo miałam męża, który był ze mną zgodny. Jednak operacja ze względu na COVID-19 się nie odbyła. Dostałam możliwość wyboru. Wybrałam nerkę od zmarłego dawcy, która akurat do mnie pasowała.

Jest to jeden z punktów – właśnie to, co będzie jakimś konkretem dla pacjentów, którzy czekają – żeby szkolić lekarzy nefrologów, by informowali pacjentów. Nie wiem, jak to jest możliwe, jak to zrobić. Może dobrze byłoby, żeby równocześnie, trafiając na dializy, trafiali na krajową listę oczekujących, żeby to szło w parze, a nie na zasadzie, że trzeba się trochę podializować. Wiadomo, o co chodzi. Korzystam ze strony *pacjent.gov.pl* i wiem, że mój przeszczep kosztował 45 tys. zł. Podejrzewam, że gdybym była dializowana, to NFZ musiałby na mnie rocznie wydać dużo więcej pieniędzy. To też jest jakiś aspekt.

Mówimy o projektach, o promocji. Jest bardzo dużo fundacji, aktualnie tworzą się też nowe, które zajmują się promocją transplantacji, transplantologii, ale każdy tylko mówi o statystykach, o liczbach, o procentach, ale żadna z tych fundacji, organizacji, żaden z tych projektów nie zajmuje się konkretnym pacjentem. To znaczy w żadnym miejscu nie jest tak, że pacjent może przyjść, poprosić o wsparcie i być skierowanym do jakiejś placówki, gdzie na przykład będzie mógł szybko, sprawnie wykonać badania. Chodzi o jakieś porozumienia, umowy, które dadzą zielone światło, żeby to wszystko przyspieszyć. Będzie więcej transplantacji, jeżeli będzie więcej osób wpisanych na krajową listę oczekujących.

Zadziwiające dla mnie było to, kiedy w wiadomościach usłyszałam o pacjencie, który niespodziewanie zachorował na serce i w ciągu tygodnia, w ciągu siedmiu dni, dostał serce, miał przeszczep. Podejrzewam, że też w ciągu tych siedmiu dni musiał zostać wpisany na krajową listę oczekujących, więc to nie musi być kilka miesięcy. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Te uwagi są oczywiście zasadne tylko raczej należy je kierować do organizatorów ochrony zdrowia niż do uczestników naszego dzisiejszego posiedzenia.

Osobiście uważam, że taką transmisją między pacjentem a środowiskami pacjenckimi powinien być lekarz rodzinny – Podstawowa Opieka Zdrowotna – on powinien być tą osobą, która kieruje, która wskazuje, a nie kolejna fundacja czy stowarzyszenie, które stara się, żeby…

Przedstawiciel Fundacji Transplantacji LIVERstrong Iwona Olszewska-Król:

Tylko, że tych lekarzy w zakresie chorób nerek, transplantacji niestety trzeba edukować.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dobrze, to wiemy. Chodzi mi tylko o to, że lekarz rodzinny jest do tego powołany od 30 lat, żeby się zajmował pacjentami, a że tak się nie dzieje, to jest zupełnie inna kwestia. Wiem, że pan profesor chciałby zająć stanowisko w zakresie tego pytania. Bardzo proszę.

Dyrektor centrum „Poltransplant" dr hab. Artur Kamiński:

Może nie zająć stanowisko, tylko powiedzieć coś, o czym wiem na ten temat.

Poltransplant uczestniczył w pracach AOTMiT-u – czyli Agencji Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji – na pierwszym etapie, zanim procedura trafi do NFZ-u, jak zostanie oceniona w zakresie kwalifikacji potencjalnych biorców nerki do przeszczepienia. To się działo dwa lata temu, w czasie pandemii COVID-19. To okazało się częścią większej całości, ponieważ w tej chwili trwają prace w AOTMiT-ie nad, nazwijmy to, zbiorem różnego rodzaju procedur dotyczących opieki nad pacjentem z przewlekłą niewydolnością nerek.

Z tematem prac wiąże się oczywiście transplantologia. Jednym z elementów ma być pre-emptive, czyli przeszczep wyprzedzający. To jest jakąś drobną częścią całości, bo przecież przewlekła niewydolność nerek to nie tylko transplantologia, to przede wszystkim, co innego. Jednak mogę powiedzieć – na podstawie obserwacji tych drobnych elementów, w których uczestniczymy – że jakaś wizja zmiany kompleksowej opieki nad pacjentem jest przygotowywana. Nie wiem, kiedy zakończą się prace. Kieruje nimi krajowy konsultant do spraw nefrologii, więc to nie jest de facto czysto transplantacyjny program, ale to jest drobny wycinek całości . Zarówno od strony pediatrycznej, jak i od strony dorosłych tamte zagadnienia – dotyczące przeszczepów wyprzedzających – są brane pod uwagę. Jest również brana pod uwagę wycena świadczenia i możliwość powtarzania kwalifikacji, ponieważ zdarzają się takie sytuacje, że ktoś został wpisany na listę, ale w trakcie oczekiwania przeszedł zawał i musi być ponownie kwalifikowany, jest czasowo zawieszony na liście i musi być ponownie kwalifikowany. To obejmuje również tego typu działania. Dziękuję.

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Przepraszam bardzo, czy mogę jeszcze zadać pytanie?

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Proszę bardzo.

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Czy AOTMiT zmienił w ciągu ostatnich lat wycenę procedur transplantacyjnych? Dlatego że ona chyba nie była zmieniana przez 10 lat, to był w ogóle jakiś ewenement. Chyba ostatnia wycena była w 2012 r., czy jakoś tak. Jeżeli tak jest, to to jest skandal.

To właśnie AOTMiT na zlecenie ministerstwa powinien dokonywać co jakiś czas przeszacowania przy takiej inflacji jaka jest i wzroście wszystkich kosztów przede wszystkim osobowych w opiece zdrowotnej, które bardzo wzrosły, ale wszystko wzrosło – prąd, gaz, podatki. Jeżeli to nie było zmieniane, to jest bardzo niedobra sytuacja, ale może było, i o tym nie wiem. Moje wiadomości są z 2019 r., kiedy to nie było jeszcze przeszacowane, a jest 2023 r.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Panie pośle, to jest świetne pytanie w zakresie aktywności parlamentarnej. Proszę o złożenie interpelacji do Ministerstwa Zdrowia. Myślę, że powinniśmy to w pilnym terminie złożyć i dowiedzieć się wprost od organizatora nadzoru, chyba że pan profesor wie coś więcej na ten temat, to bardzo proszę.

Dyrektor centrum „Poltransplant” dr hab. Artur Kamiński:

Z racji, że trochę interesuję się transplantologią, to powiem przekornie. Wiem, to nie jest tak do końca, że to AOTMiT, bo do AOTMiT-u ktoś musi wnioskować, na przykład Ministerstwo Zdrowia. W tej chwili, ponieważ minister ma ciało doradcze w zakresie transplantologii – Krajową Radę Transplantacyjną, w skład której wchodzą specjaliści z różnych dziedzin transplantologii i nie tylko – została opracowana czy przeszacowana procedura przeszczepienia nerki. W tej chwili, jeżeli chodzi o Krajową Radę Transplantacyjną, trwają prace nad wątrobą. Pytanie, czy wniosek do AOTMiT-u o zmianę już poszedł, tego dokładnie nie wiem. Natomiast, tak jak mówię, toby się trochę w pewnym sensie dublowało, ponieważ to już się dzieje, jeśli chodzi o nerki z działalnością AOTMiT-u w zakresie opieki nad pacjentem z przewlekłą niewydolnością nerek, bo tam elementem jest transplantologia. Myślę, że prace są już na ukończeniu.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Proszę, kto z państwa chciałby zabrać głos? Bardzo proszę. Proszę się przedstawić.

Ekspert Federacji Przedsiębiorców Polskich Wojciech Wiśniewski:

Uprzejmie dziękuję. Wojciech Wiśniewski, Federacja Przedsiębiorców Polskich.

Odnośnie do tego tematu, który był poruszony przed chwilą, bodaj wczoraj na stronie Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji opublikowano plan taryfikacji na 2024 r. Ze smutkiem stwierdzam, że tej dziedziny, o której dzisiaj dyskutujemy, tam nie ma. Oczywiście rada może zmienić tę decyzję. Przewodniczącym rady jest niezmiennie prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, więc wydaje się, że faktycznie państwo posłowie w ramach indywidualnej aktywności mogą dopytać o tę sprawę.

W związku z tym, że federacja stara się zaangażować w dyskusję, debatę publiczną na temat tego obszaru i odbyliśmy już dwa spotkania na ten temat, podczas których bardzo wiele się dowiedzieliśmy, nie chciałbym zadawać zbyt wielu pytań, natomiast chciałbym zapytać o jedną rzecz. W dostępnych publicznie raportach widzimy informację o dużym zróżnicowaniu geograficznym realizacji procedur transplantacyjnych. Chciałbym się zapytać, na ile ta sytuacja dotyka mieszkańców mieszkających na terenie danego województwa? Tak jak pan profesor był łaskaw zauważyć, mamy możliwości transportu, które daleko przekraczają granice administracyjne województw. Chciałbym się zapytać, czy to zróżnicowanie – dotyczące realizacji procedur – wpływa na nierówny dostęp do opieki? Dlatego że wielokrotnie w trakcie tej kadencji Sejmu dyskutowaliśmy o nierównościach w zdrowiu. Pytanie, czy to występuje też w przypadku tej opieki? Na ile kwestia dysproporcji między regionami, jeżeli chodzi o liczbę realizowanych procedur, wpływa na szansę chorych mieszkających w danym regionie. Pięknie dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo. Wydaje mi się, że rzeczywiście złożymy interpelację nawet w sprawie tych zmian dotyczących wyceny przez agencję.

Czy pan profesor chciałby się ustosunkować? Bardzo proszę.

Dyrektor centrum „Poltransplant” dr hab. Artur Kamiński:

Jeśli mogę odpowiedzieć na to pytanie… Szanowni państwo, pomimo że w określonych regionach nie ma jakiś tam środków transplantacyjnych, to dostęp pacjentów jest równy. Na krajowej liście oczekujących na przeszczep są mieszkańcy wszystkich województw. Nie jest tak, że jeżeli w woj. świętokrzyskim nie ma ośrodka przeszczepiania nerki, to pacjenci z tego regionu nie mają przeszczepień nerki. Nie, od lat jeżdżą do Krakowa i tam są kwalifikowani przez ośrodek kwalifikujący.

Natomiast jeśli chodzi technicznie o samo przeszczepienie, to pacjent zakwalifikowany w Warszawie może pojechać do przeszczepu nerki do Szczecina, więc to nie jest tak, że pacjent kwalifikowany w Warszawie zawsze jest przeszczepiany w Warszawie, a pacjent kwalifikowany… Mówię o nerce w tym momencie. Jeśli chodzi o serce i o wątrobę i inne narządy, to raczej odbywa się w miejscu kwalifikacji. Jeśli chodzi o nerkę, to jest większa mobilność i większa płynność, tak że nie ma żadnego ograniczenia regionalnego.

W tej chwili szczęśliwie w Kielcach powstał ośrodek przeszczepiający nerki, więc znowu ci pacjenci będą mieli możliwość przeszczepu w woj. świętokrzyskim, również mają równy dostęp. W woj. lubuskim nie ma takiego ośrodka przeszczepiającego nerki. Ośrodków przeszczepiających serce jest tylko kilka w Polsce, czyli też nie w każdym województwie, więc trudno mówić o dostępności. Jest to tylko kwestia, czy lekarz – mający kontakt z pacjentem – rozpozna dane schorzenie i skieruje w odpowiednie miejsce, a opieka będzie udzielona. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo.

Kto z państwa jeszcze chciałby? Bardzo proszę.

Przedstawiciel Polskiego Stowarzyszenia Koordynatorów Transplantacyjnych Edyta Karpeta:

Może włączę się w dyskusję. Edyta Karpeta, jestem koordynatorem transplantacyjnym i przedstawicielem koordynatorów.

Na dzisiejszym spotkaniu chciałabym się odnieść do tego, co zostało powiedziane przez pana posła i przez pana dyrektora, pana prof. Kamińskiego.

Zastanawiamy się, dlaczego nie mamy dawców i czy faktycznie pomogłyby kampanie społeczne. Wydaje się, że to jest bardzo dobry pomysł, chociażby korzystając z tego, że widzimy kampanie społeczne typu „Bezpieczne przejście", być może to jest kierunek, w którym moglibyśmy spróbować pójść. Dlaczego nie puścić kampanii społecznej o tym, jak zgłosić sprzeciw, czy, że jest domniemana zgoda, o której faktycznie chyba trochę brakuje nam wiedzy społecznej. Możemy się tego dowiedzieć na spotkaniach, o których powiedział pan dyrektor. Spotkania, w których uczestniczymy, odbywają się w szkołach, podczas różnych spotkań, pikników zarówno w szkole, jak i w społeczności. To jest jedna rzecz.

Druga rzecz to kwestia zawodu, który w Polsce do końca nie istnieje, bo koordynatorzy transplantacyjni, to taka funkcja pełniona w sumie przy okazji pełnienia innej funkcji. Tylko ośrodki transplantacyjne mają chyba koordynatorów, którzy przychodzą do pracy i cały ich etat to praca koordynatora transplantacyjnego.

W większości szpitali – i to tych szpitali, od których zależy zgłaszalność dawców – funkcję koordynatora pełni lekarz, pielęgniarka przy okazji pełnienia funkcji lekarza. Przychodzi ktoś, pełni funkcję anestezjologa, przy okazji, jeśli jest taka możliwość zgłasza tego dawcę i tak jakby to jest funkcja pełniona przy okazji.

Dlaczego Hiszpania ma inne wyniki przeszczepień? Być może dlatego że tam są osobno osoby zatrudnione na stanowiskach koordynatorów, głównych koordynatorów. Ktoś nie przychodzi do pracy i nie pełni funkcji przy okazji pełnienia innego zawodu medycznego. Być może powinniśmy się też troszeczkę nad tym zastanowić. Czy w tych szpitalach, które nie zgłaszają dawców, takie osoby… Ktoś, kto przychodzi do pracy jako anestezjolog, pielęgniarka anestezjologiczna, czy osoby z neurologii i neurochirurgii – bo chyba to są główne osoby w kręgu zainteresowań, w których będziemy poszukiwać naszych dawców – mogłyby być koordynatorami.

Koordynator być może powinien być tą osobą, która przychodzi i pół godziny z etatu wyrabia jako godzinę etatową lekarza, a pół godziny to są godziny, które są godzinami koordynatora transplantacyjnego. Przychodzi, orientuje się jak wygląda sytuacja, jakich pacjentów ma u siebie na oddziale, czy na oddziale, z którym współpracuje. Jest system elektroniczny, który daje możliwość weryfikowania tego kto i w jakim jest stanie. Można to zweryfikować chociażby z obserwacji, które są wpisywane przez kolegów. Zawsze też byłby to czas wykorzystany do tego, żeby ta osoba mogła pójść na ten oddział i zorientować się, kogo ma aktualnie na oddziale. Myślę, że to byłoby nastawienie się na takie bardziej aktywne poszukiwanie dawców.

Pomysł rejestracji sprzeciwu… Myślę, że w wielu sytuacjach – mam nadzieję, że pan dyrektor to poprze – wielokrotnie dyskutowaliśmy o tym pomyśle na różnych spotkaniach. Czy faktycznie decydowanie o tym, jaka jest nasza wola i niepytanie rodziny, jest dobrym pomysłem. Pytanie, jak zmusić polskie społeczeństwo do tego, żeby każdy wyraził tę decyzję? Być może, wypełniając wniosek na dowód, który wymieniamy, można by

było we wniosku dowodowym dopisać rubryczkę. Każdy by podpisał, mielibyśmy jasną deklarację.

Rozmowy, które odbywają się na co dzień, to nie jest pytanie: „Co państwo myślicie na temat tego, żebyśmy pobrali te narządy?". U nas akurat pan docent Trzebicki, który jest szefem anestezjologii, wyszkolił tak swój zespół, że zadaje pytanie: „Czy państwo rozmawialiście i wiecie co wasz blisko zmarły myślał na ten temat?". Sprawa jest zamknięta, bo, tak naprawdę, nie mamy problemów z rozmowami z rodziną. Forma zarejestrowanego na dzień dzisiejszy sprzeciwu, centralnego rejestru sprzeciwu, oświadczenia woli złożonego w obecności dwóch świadków albo tego oświadczenia pisemnego wydaje się, że nie jest złą formą. Z mojej strony taki komentarz. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję za bardzo zasadny, merytoryczny komentarz.

Pan poseł Douglas chciałby jeszcze…

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Dosłownie jedno zdanie.

Chcę tylko powiedzieć, że mamy taką dosyć analogiczną sytuację z robieniem sekcji zwłok. Nikt nie pyta się rodziny, czy można zrobić sekcję. Są po prostu przypadki, gdzie tę sekcję się robi. Umówmy się, że zdecydowana większość rodzin nie chciałaby, żeby została zrobiona sekcja u jego bliskich zmarłych. Ona jest robiona. Nic złego się z tego powodu, że tak powiem, nie dzieje.

Gdyby była większa oświata zdrowotna, gdybyśmy na ten temat rozmawiali i przyjęli a priori, że każdy, bez mała, w Polsce wie, że warunkiem tego, czy będą pobrane jego narządy, czy nie, jest to, czy wypełni ten druczek albo czy będzie miał, jak pani mówi, to w dowodzie… Bardzo dobry pomysł. Uważam, że tak mogłoby być, że to byłby jakiś identyfikator, który zwykle przy sobie nosimy – aczkolwiek chyba coraz rzadziej – i toby załatwiło sprawę. Całkowicie się z panią zgadzam.

Bardzo ciekawy jest problem tych koordynatorów, bo, być może, ma pani rację, że to jest właśnie tak, że w tych mniejszych ośrodkach, które mogłyby zgłosić tego potencjalnego dawcę, po prostu nie ma kto tego zrobić. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Pan profesor, proszę bardzo.

Dyrektor centrum „Poltransplant" dr hab. Artur Kamiński:

Jeśli mogę odpowiadając i popierając pomysły Edyty – jesteśmy po imieniu, więc nie będę się wygłupiał – w kwestii koordynatorów.

Proszę państwa, powiem jeszcze jedną rzecz, która również mnie zadziwiła. Żyłem w przekonaniu, że jak są stanowiska koordynatorów w Hiszpanii, to jest tak, że człowiek przychodzi, ma biuro, zajmuje się cały dzień koordynacją. Nie, takich ludzi jest kilku w regionie, większość w szpitalach. To się odbywa tak jak u nas, przy okazji robienia czegoś innego. Być może świadomość jest lepsza. Być może zrozumienie problemu jest lepsze. Może to być jakaś mentalna różnica. Natomiast ku mojemu zaskoczeniu Beatriz Domínguez-Gil, szefowa ONT, czyli organizacji do spraw przeszczepień w Hiszpanii, pokazywała strukturę zatrudnienia koordynatorów i większość robi to na zasadzie jakiś tam części etatu bądź zupełnie poza etatem, co mnie również bardzo zaskoczyło.

Natomiast, jeśli chodzi o te sekcje – bo przede wszystkim od urodzenia jestem bankowcem tkanek – to i tak, i nie. Coraz częściej rodziny występują do prokuratury – jeżeli mówimy o sekcjach sądowo-lekarskich – o zwolnienie z sekcji. Jeżeli jest znana przyczyna zgonu, to ta sekcja się nie odbywa, a jeśli chodzi o szpitale, to w ogóle. Liczba sekcji lekarskich patologicznych na anatomii patologicznej spadła dramatycznie. Rodziny występują do dyrektora szpitala o odstąpienie od sekcji.

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Nie ma anatomopatologów.

Dyrektor centrum „Poltransplant” dr hab. Artur Kamiński:

To jest kolejna rzecz, a to jest jak gdyby takie powszechnie występujące zjawisko. Natomiast jeśli chodzi o to nastawienie, to rzeczywiście myślałem – patrząc na te semafory i tego stworka, który udaje nosorożca – że to jest rzeczywiście bardzo dobry pomysł. Może nie warto go wprost kopiować, bo to niesładnie, ale można wymyślić coś swojego i coś takiego wdrożyć.

Przewodniczący poseł Marek Hok (KO):

Dziękuję bardzo.

Wracamy do początku naszej rozmowy, czyli do edukacji i promocji. To musi być skuteczne. Tak jak mówimy, trochę z innego działu medycyny… Przez wiele lat bardzo walczyliśmy o szczepienia HPV dziewcząt i chłopców i w końcu mamy to zapewnione ustawą, że możemy szczepić młodzież. Za tym też miała pójść akcja promocyjna i rzeczywiście poszła. Słuchałem parę razy promocji szczepień, z której nic nie wynikało: „Zaszczep swoje dziecko, przyjdź po HPV”. To wszystko. W tej informacji nie było, jakie są konsekwencje, przeciw jakiej chorobie szczepimy, i co to ma przynieść.

Promocja dawstwa czy transplantologii musi być efektywna, musi dotrzeć do społeczeństwa, dlatego też wracamy do edukacji, do młodzieży, do tych młodych ludzi, którzy chcą żyć trochę w innym świecie, chcą pomagać. Myślę, że taka młodzież 20–30-letnia bardziej byłaby do przekonania niż osoby w wieku, powiedzmy, trochę starszym czy podeszłym, bo oni to inaczej odczuwają. Młodzież chce żyć w świecie dobrym, wolnym, z fajnymi przyjaciółmi, kolegami, chcą pomagać, chcą się dzielić, biorą udział w akcjach, które organizuje Jerzy Owsiak. Chodzi o to, o czym mówił pan poseł Douglas. Trzeba wykorzystać każdą możliwość, żeby dotrzeć do młodych ludzi.

Kto z państwa chciałby jeszcze zabrać głos? Jeżeli nikt, to będziemy powoli kończyli nasze spotkanie.

Chciałem serdecznie państwu podziękować. Ze smutkiem potwierdzam słowa pana profesora, że zainteresowanie tym problemem jest takie, jakie widzimy dzisiaj na naszej sali. Były zaproszone właściwie wszystkie środowiska. My ze swojej strony, parlamentarzystów, na pewno będziemy pisali interpelację w sprawie wyceny procedur transplantacyjnych, chcielibyśmy uzyskać odpowiedź.

Jeżeli chodzi o sprawy organizacyjne, to myślę, że pan profesor, jako przedstawiciel Ministerstwa Zdrowia, na pewno zrobi wszystko, żeby te trudne tematy, o których mówiliśmy, zostały w jakiś sposób może nierozwiązane, bo nie ma na to szansy, ale żeby poszły do przodu.

Dziękuję państwu za obecność na dzisiejszym spotkaniu. Stwierdzam zakończenie omawiania informacji. Wyczerpaliśmy porządek dzienny posiedzenie.

Jeszcze raz serdecznie dziękuję za spotkanie. Zamykam posiedzenie. Dziękuję bardzo.